

Skript für Diabetesberaterinnen

A. BERUFSRECHT	3
1. FORMALRECHTLICHE VORAUSSETZUNGEN.....	3
<i>a. Heilkundeausübung</i>	<i>3</i>
<i>b. Heilpraktiker.....</i>	<i>4</i>
<i>c. Ärztliche Oberaufsicht</i>	<i>5</i>
2. FAZIT.....	7
B. HAFTUNGSRECHT	7
1. STRAFRECHT - ZIVILRECHT	7
2. EXKURS: VERSICHERUNG.....	8
3. DIE EINWILLIGUNG	9
4. HAFTUNGSPRIVILEG DES ARBEITNEHMERS	11
<i>a. Grundsätze.....</i>	<i>11</i>
<i>b. Verhältnis zu geschädigten Dritten.....</i>	<i>12</i>
<i>c. Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber.....</i>	<i>12</i>
<i>d. Regreß des Arbeitgebers</i>	<i>13</i>
C. DELEGATION ÄRZTLICHER TÄTIGKEIT.....	14
1. DELEGIERBARKEIT	14
2. ÄRZTLICHE WEISUNG.....	15
3. ÜBERNAHMEBEREITSCHAFT / EINWILLIGUNG	15
D. DOKUMENTATION	15
1. BEDEUTUNG DER DOKUMENTATION.....	15
2. DOKUMENTATION ALS BEWEISMITTEL.....	16
3. FORM UND INHALT DER DOKUMENTATION.....	16
4. EDV-DOKUMENTATION	19
5. AUFBEWAHRUNG.....	19
E. ARBEITSRECHT - EXKURS.....	20
1. GRUNDSÄTZLICHE ZULÄSSIGKEIT VON ERSTATTUNGSVEREINBARUNGEN	20
2. DAUER DER KARENZZEIT	21
3. HÖHE DER ERSTATTUNGEN	22
4. AUSNAHMEN VON DER ERSTATTUNGSPFLICHT.....	23
5. VERRECHNUNG MIT LOHNANSPRÜCHEN.....	23
6. FAZIT.....	24

F. SCHWEIGEPFLICHT.....	24
1. GEHEIMNIS	24
2. BEFUGNIS ZUR OFFENBARUNG	25
a. <i>Einwilligung</i>	26
b. <i>Mutmaßliche Einwilligung</i>	26
c. <i>Notstand</i>	27
3. PFLICHT ZUR OFFENBARUNG?	29
4. SCHWEIGEPFLICHT DER DIABETESBERATERIN.....	29
G. DATENSCHUTZ.....	30
1. BEDEUTUNG DES DATENSCHUTZES	30
2. SCHUTZBEREICH.....	30
3. DOKUMENTATIONEN	31
4. AUSKÜNFTE.....	32
5. ANONYMISIERUNG	33
6. FAZIT.....	34
H. DIABETES UND FÜHRERSCHEIN	34
1. BEGRIFFE.....	34
2. FAHRERLAUBNIS BEI DIABETIKERN.....	35
3. BERATUNG DURCH DIE DIABETESBERATERIN.....	38
4. MITTEILUNGEN AN DIE STRAßENVERKEHRSBEHÖRDE	39
5. FAZIT.....	41

A. Berufsrecht

Es ist zunächst danach zu fragen, ob für den Beruf der Diabetesberaterin besondere Voraussetzungen bestehen. Tatsächlich bestehen solche formalrechtlichen und materiellrechtlichen Voraussetzungen.

1. Formalrechtliche Voraussetzungen

Nach dem Heilpraktikergesetz von 1939 ist Ausübung der Heilkunde jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste eines anderen ausgeübt wird.

a. Heilkundenausübung

Es ist daher zunächst zu fragen, ob die Tätigkeit der Diabetesberaterin als Heilkundenausübung anzusehen ist. Bei Diabetes-Erkrankungen handelt es sich zweifelsfrei um Krankheiten im Sinne des Heilpraktikergesetzes. Die Diabetesberatung dient - wenn sie in Einzelberatung erfolgt - auch zweifelsfrei der Linderung, wenn nicht gar der Heilung dieser Erkrankung. Bei der Diabetesberatung handelt es sich mithin grundsätzlich um Heilkundenausübung im Sinne des Heilpraktikergesetzes, wenn der konkrete Patient beraten wird. So ist z.B. die Insulindosisanpassung ohne Frage Ausübung der Heilkunde.

Handelt es sich bei der Beratung aber nicht um eine Einzelfallberatung, so liegt keine Heilkundenausübung vor. Werden allgemeine Beratungen - etwa in allgemein zugänglichen Schulungen - angeboten, bei denen der Einzelfallbezug fehlt, so handelt es sich nicht um Heilkundenausübung.

Als Zwischenergebnis ist daher festzustellen, daß Schulungen, die keine Einzelfallberatung beinhalten, nicht dem Heilpraktikergesetz unterliegen, wohl

aber Beratungen, die die Beratung des konkreten Patienten im Einzelfall zum Gegenstand haben.

Das kann in der Schulung zu Zweifelsfällen führen, wenn ein Thema anhand eines von einem Teilnehmer geschilderten Fall erläutert werden soll. Wird hier der geschilderte Fall lediglich als Illustration der allgemeinen Ausführungen aufgegriffen, unterliegt die Schulung nicht dem Heilpraktikergesetz. Wird dem Teilnehmer aber anhand der allgemeinen Ausführungen ein konkreter Rat erteilt, wie er sich verhalten soll, so unterliegt dies dem Heilpraktikergesetz.

b. Heilpraktiker

Die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde ist nach der Rechtslage in Deutschland nur approbierten Ärzten oder zugelassenen Heilpraktikern erlaubt. Wer weder als Arzt approbiert noch als Heilpraktiker zugelassen ist, darf keine eigenständige Heilkunde ausüben. Vielmehr ist die unerlaubte Heilkundenausübung sogar unter Strafe gestellt. Bei selbständig Tätigen kann eine unerlaubte Heilkundenausübung sogar zur Gewerbeuntersagung - also faktisch einem Berufsverbot - führen. Die Vorschriften des Heilpraktikergesetzes sollten daher - auch wenn sie antiquiert erscheinen - ernst genommen werden.

Zwar kann jeder sich jederzeit beim Gesundheitsamt der Heilpraktikerprüfung unterziehen. Praktisch wird dies wegen der hohen Anforderungen aber keine Lösung für Diabetesberaterinnen sein. Auch eine auf die Diabetesberatung beschränkte Heilpraktikerprüfung, die sicherlich leichter zu bestehen wäre, kommt in der Verwaltungspraxis nicht vor.

Das Heilpraktikergesetz wurde 1939 erlassen, um den Berufsstand der Heilpraktiker und aller nicht-ärztlicher Heilhilfsberufe auszurotten. Es war das er-

klärte Ziel des Gesetzgebers, die Heilkunde ausschließlich durch Ärzte ausführen zu lassen. Nachdem das Grundgesetz aber 1949 Berufswahlfreiheit garantierte, können auch nicht-ärztliche Heilhilfsberufe ergriffen werden. Das Heilpraktikergesetz ist zwar nicht ungültig geworden, muß aber in vielen Teilen der gegenwärtigen freiheitlichen Rechtslage entsprechend gelesen werden.

c. Ärztliche Oberaufsicht

Der Gesetzgeber muß sich auch der Tatsache stellen, daß in allen Lebensbereichen - auch und vor allem in der Medizin - eine immer stärkere Differenzierung der Berufsbilder auftritt. Auch neue Berufe - wie die Diabetesberatung - sind rechtlich zulässig. Der Gesetzgeber erkennt dies im Prinzip auch an, indem er in zunehmendem Maße das Berufsrecht der einzelnen Heilhilfsberufe regelt, wenngleich auch für die Diabetesberatung eine gesetzliche Regelung nicht absehbar ist.

Hieraus folgt für die Anwendung des Heilpraktikergesetzes auf die Diabetesberatung: Nur die eigenverantwortliche Heilkundenausübung ist an die formalen Hürden des Heilpraktikergesetzes gebunden. Wer die Heilkunde unter ärztlicher Fachaufsicht ausübt, ist trotz fehlender Approbation bzw. Heilpraktikerzulassung zur Heilkundenausübung berechtigt. Dies folgt schon aus der Rechtswirklichkeit, in der es eine Vielzahl von Heilhilfsberufen gibt, bei denen unstreitig keine Approbation bzw. Heilpraktikerzulassung erforderlich ist. Der Nicht-Arzt und Nicht-Heilpraktiker wird dann nicht eigenverantwortlich tätig sondern dient gleichsam als Werkzeug des Arztes / Heilpraktikers.

Ist also sichergestellt, daß die Diabetesberatung stets unter ärztlicher Fachaufsicht durchgeführt wird, kann die Diabetesberaterin ihrem Beruf nachgehen. Ärztliche Aufsicht setzt aber praktisch voraus, daß der Arzt jederzeit rufbereit

ist und die Diabetesberaterin zumindest stichprobenartig kontrolliert. Sie setzt nicht voraus, daß die Kontrolle dauernd und lückenlos auch tatsächlich erfolgt; ansonsten wäre die Arbeitsteilung hinfällig und der Arzt könnte die überwachten Tätigkeiten gleich selbst durchführen.

Die Möglichkeit der Kontrolle darf aber nicht nur formal "nur auf dem Papier" existieren. Es genügt daher nicht, daß die Diabetesberaterin mit einem Arzt eine Vereinbarung über die Kontrolle ihrer Tätigkeit trifft, wenn der Arzt tatsächlich gar keine Möglichkeit zur Überwachung hat. Mindestvoraussetzung ist daher ständige Erreichbarkeit des Arztes und eine gewisse räumliche Nähe, die es dem Arzt ermöglicht, im Zweifelsfall die Behandlung selbst zu übernehmen. Eine bloß telefonische Erreichbarkeit des Arztes begegnet daher rechtlichen Bedenken, was in der Praxis dazu führt, daß Beratungen in der Regel in der Praxis des Arztes bzw. im Krankenhaus und nur zu den Zeiten der Anwesenheit des Arztes erfolgen können.

Insbesondere die telefonische Beratung der Patienten durch die Diabetesberaterin erscheint unter diesen Vorgaben als rechtlich zweifelhaft, denn die telefonische Beratung entzieht sich faktisch der ärztlichen Kontrolle. Allenfalls in solchen Fällen, in denen die Behandlung vorab mit dem Arzt erörtert wurde und in denen keine von dieser Erörterung abweichenden Besonderheiten auftreten, kann die Diabetesberaterin im Rahmen der Absprachen mit dem Arzt tätig werden. Sie muß dabei aber stets sorgfältig prüfen, ob die vom Patienten aufgeworfene Frage nicht ihre Fachkompetenz überschreitet und die Hinzuziehung des Arztes erforderlich wird.

Ob die Diabetesberaterin freiberuflich selbständig tätig ist oder als Angestellte beschäftigt wird, spielt keine Rolle. Auch die Selbständigen müssen durch den

Arzt kontrolliert werden. Entscheidend ist, daß der Arzt die Behandlung des Patienten nicht aus der Hand gibt sondern lediglich Teilbereiche der Behandlung delegiert. Hierzu gehört - unabhängig von den vertraglichen Regelungen zwischen Arzt und Diabetesberaterin - auf jeden Fall die ärztliche Kontrolle.

2. Fazit

Die Voraussetzungen für eine völlig selbständige Ausübung der Diabetesberatung (Approbation oder Heilpraktikererlaubnis) werden praktisch fast nie vorliegen. Diabetesberatung kann aber dergestalt durchgeführt werden, daß der Arzt die Oberaufsicht und Letztverantwortung für die Behandlung trägt. Diese Kontrollpflichten muß der Arzt auch tatsächlich wahrnehmen.

B. Haftungsrecht

1. Strafrecht - Zivilrecht

Grundsätzlich ist zwischen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Haftung zu unterscheiden. Beide Haftungsarten haben Gemeinsamkeiten, aber auch wichtige Unterschiede. Sie müssen daher gedanklich klar getrennt bleiben, auch wenn Aspekte der einen Haftungsart auch für die jeweils andere Haftungsart Gültigkeit haben.

Im Strafrecht stehen sich der Angeklagte (Bürger) einerseits und der Staatsanwalt (Staat) andererseits gegenüber. Das Strafverfahren ist damit grundsätzlich ein Verfahren zwischen Staat und Bürger, in dem der Staat seinen Strafanspruch durchzusetzen versucht. Im Zivilrecht dagegen stehen sich der Kläger (Bürger) und der Beklagte (Bürger) gegenüber; der Kläger versucht seine zivilrechtlichen Ansprüche - in der Regel Geldzahlungsansprüche - gerichtlich feststellen zu lassen. Hier stehen sich auf beiden Seiten Privatleute gegenüber.

Im Strafrecht wird eine Vielzahl von Zielen - Sühne, Rache, Resozialisierung, Prävention u.a. - mit den Mittel der Geld- und der Freiheitsstrafe verfolgt, während das Zivilrecht die Wiedergutmachung durch Schadenersatz im Blick hat. Durch die Bestrafung des Täters hat das Opfer noch keinen Ausgleich bekommen; hierzu dient die zivilrechtliche Haftung. Im Idealfall wird der Geschädigte durch den Schadenersatz so gestellt, als wäre der Schaden niemals eingetreten.

Ziel der zivilrechtlichen Haftung ist es, den Geschädigten so zu stellen, als wäre das schädigende Ereignis nicht eingetreten. Dies kann auf zweierlei Art geschehen: Der Schädiger kann den Schaden beseitigen (Naturalrestitution), oder er kann den zur Beseitigung des Schadens erforderlichen Geldbetrag zahlen (Geldersatz). Im Falle der Naturalrestitution wird der Schadenhergang gleichsam rückgängig gemacht, indem z.B. eine beschädigte Sache repariert wird. Statt dessen kann der Geschädigte verlangen, einen Geldbetrag zu erhalten, mit dem er die Reparatur durch einen Fachmann selbst veranlassen und bezahlen kann. Obgleich die Naturalrestitution vom Gesetz als Regelfall angesehen wird, spielt sie in der Praxis keine Rolle. Nahezu alle Schadenfälle werden durch Geldersatz geregelt, insbesondere deswegen, weil heute viele Schadenfälle durch Versicherungen geregelt werden.

2. Exkurs: Versicherung

Die zivilrechtliche Haftung kann durch eine Haftpflichtversicherung versichert werden. Die Haftpflichtversicherung ist i.d.R. keine Pflichtversicherung in dem Sinne, daß man zum Abschluß der Versicherung verpflichtet ist. Sie dient vielmehr der Absicherung der Haftpflicht, also der zivilrechtlichen Haftung.

Die Versicherung tritt nur ein, wenn der Versicherte seinerseits schadenersatzpflichtig ist. Ist der Versicherte schadenersatzpflichtig, so übernimmt die Versicherung seine Haftung, stellt also einen zum Schadenersatz ausreichenden Geldbetrag zur Verfügung. Ist der Versicherte nicht schadenersatzpflichtig, wird er aber dennoch auf Schadenersatz in Anspruch genommen, so übernimmt die Versicherung auch die Abwehr unbegründeter Ansprüche (passive Rechtsschutzversicherung).

Damit die Versicherung die Voraussetzungen für ihr Eintreten prüfen kann, muß der Versicherte unverzüglich den Schadenfall melden. Alle Angaben müssen vollständig und zutreffend sein, da ansonsten der Versicherungsschutz auch dann gefährdet wird, wenn sich die Falsch-Angaben nicht nachteilig auf die Schadenbearbeitung auswirkt.

Die Haftpflichtversicherung betrifft die Fälle, in denen der Versicherte auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird. Will der Versicherte eigene (Schadenersatz-) Ansprüche gegen Dritte durchsetzen, hilft die Haftpflichtversicherung nicht. Hier wäre eine Rechtsschutzversicherung erforderlich.

Mitglieder des VDBD sind automatisch über den Verband haftpflichtversichert. Die Kosten der Versicherung sind in dem Verbandsbeitrag enthalten. Bei Schadenfällen wenden sich die Mitglieder an die VDBD-Geschäftsstelle oder direkt an Rechtsanwalt Diekmann.

3. Die Einwilligung

Die ärztliche Behandlung stellt unabhängig von ihrer Intention eine Körperverletzung dar. Um sich nicht strafbar zu machen, bedarf der Arzt daher eines Rechtfertigungsgrundes. Dieser liegt regelmäßig in Gestalt der Einwilligung

des Patienten vor. Daneben kommen noch die mutmaßliche Einwilligung und Notstand in Betracht. Liegt ein solcher Rechtfertigungsgrund vor, so entfällt die Rechtswidrigkeit, d.h. man ist für sein Handeln nicht mehr haftbar.

Die Einwilligung als wichtigster Rechtfertigungsgrund verdient besondere Aufmerksamkeit. Wichtigste Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Einwilligungsfähig ist derjenige Patient, der über die natürliche Einsichtsfähigkeit verfügt, die ihn in die Lage versetzt,

1. die Krankheit zu verstehen
2. die Therapie zu verstehen
3. die Vor- und Nachteile von Krankheit und Therapie abzuwägen.

Nur wer weiß, welche Krankheit er hat, wer weiß, welche Therapie geplant ist, und wer die Vor- und Nachteile der Krankheit mit den Vor- und Nachteilen der Therapie abwägen kann, ist einsichtsfähig und damit auch einwilligungsfähig. Auf ein bestimmtes Lebensalter kommt es nicht an. Bei sehr jungen Patienten wird es aber meistens an der Fähigkeit zur Abwägung fehlen. Allerdings ist Volljährigkeit weder Voraussetzung noch Garantie für Einwilligungsfähigkeit.

Der typische Patient kann aus seiner potentiellen Einsichtsfähigkeit nichts machen, da ihm die medizinischen Hintergründe unbekannt sind. Er bedarf daher der Aufklärung, um seine Einsichtsfähigkeit auch umsetzen zu können.

Die Aufklärung ist Sache des Arztes und als solche grundsätzlich nicht delegierbar. Dieser aus dem Krankenhausrecht stammende Grundsatz muß allerdings auf die Diabetesberatung sinngemäß angewendet werden, will man nicht den Beruf der Diabetesberatung inhaltlich völlig aushöhlen. Dies bedeutet, daß

der Arzt zwar den Patienten in den wesentlichen Grundzügen aufklären muß. Die Diabetesberaterin darf aber die ärztliche Aufklärung ergänzen und vertiefen; dies stellt schließlich den Kern der Diabetesberatung als eigenständigem Beruf dar. Die Aufklärungsarbeit der Diabetesberaterin darf jedoch die Aufklärung durch den Arzt nicht ersetzen.

4. Haftungsprivileg des Arbeitnehmers

a. Grundsätze

Die zivilrechtliche Haftung kann den Arbeitnehmer erheblich belasten, da er es nicht in der Hand hat, wie risikoreich sein Arbeitsplatz und seine Tätigkeit ist. Zudem gehört es zum Betriebsrisiko des Arbeitgebers, daß Arbeitsmaterialien beschädigt oder zerstört oder Dritte durch den Betrieb geschädigt werden. Dieses Risiko soll beim Arbeitgeber verbleiben. In der Praxis führt dies dazu, daß die Haftung des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber beschränkt wird. Die Beschränkung richtet sich nach dem Grad des Verschuldens des Arbeitnehmers. Je nach Verschuldensgrad wird eine Haftungsquote zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber festgelegt.

Handelt der Arbeitnehmer nur mit leichtester Fahrlässigkeit, unterlaufen ihm also nur leichteste Fehler, die auch von einem noch so gewissenhaften Arbeitnehmer nicht vermieden werden können, so haftet der Arbeitnehmer gar nicht.

Andererseits ist er bei vorsätzlicher Schädigung des Arbeitgebers nicht schutzbedürftig. In Fällen von vorsätzlicher Schädigung haftet der Arbeitnehmer daher voll. Auch in Fällen grober Fahrlässigkeit, in denen der Arbeitnehmer also wichtige, unmittelbar einleuchtende Verhaltensmaßregeln mißachtet hat, ist der Arbeitnehmer nicht schutzwürdig und haftet voll.

Für die Fälle, in denen sich das Verschulden zwischen leichtester Fahrlässigkeit einerseits und grober Fahrlässigkeit andererseits bewegt, ist je nach Einzelfall eine Quote zwischen 0% und 100% zu bilden. Allgemeine Faustregeln lassen sich hierfür nicht aufstellen.

b. Verhältnis zu geschädigten Dritten

Schädigt der Arbeitnehmer nicht den Arbeitnehmer sondern Dritte, etwa Patienten, so stellt sich die Frage, ob der Arbeitnehmer auch in diesen Fällen in den Genuß der Haftungserleichterungen kommen soll. Zwar hat der Arbeitnehmer auch bei Schädigung Dritter keinen Einfluß auf Schadenwahrscheinlichkeit und -höhe. Gegen eine Ausdehnung des Schutzes spricht aber, daß zwischen dem Arbeitnehmer und dem Dritten keine vertraglichen Beziehungen wie zwischen dem Arbeitnehmer und dem Arbeitgeber bestehen. Die Haftungsbegrenzung hat ihre juristische Begründung aber in dem besonderen vertraglichen Arbeitsverhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Da ein solches besonderes Verhältnis zwischen Arbeitnehmer und Drittem fehlt, kann im Verhältnis zum Dritten auch keine Haftungserleichterung für den Arbeitnehmer eintreten.

Im Verhältnis zum geschädigten Dritten bleibt es daher bei den allgemeinen regeln über den Schadenersatz, so daß die Diabetesberaterin sich gegenüber dem geschädigten Patienten nicht auf das Haftungsprivileg berufen kann.

c. Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber

Das Ergebnis befriedigt nicht, wenn man dem Arbeitnehmer nur dann ein Haftungsprivileg zuspricht, wenn er (zufällig) den Arbeitgeber schädigt, nicht aber, wenn er (zufällig) einen Dritten schädigt. Die Lösung dieses Problems sieht folgendermaßen aus:

Im Verhältnis zum Dritten ist der Arbeitnehmer voll haftbar. Ihm muß der Arbeitnehmer also vollen Schadenersatz leisten. Im Verhältnis zum Arbeitgeber kann sich der Arbeitnehmer auf das Haftungsprivileg berufen. Wirtschaftlich kommt es also zu einer Teilung des Schadens zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Dies wird bei Schädigungen Dritter erreicht, indem der Schadenersatz zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber geteilt wird. Während der Arbeitnehmer im Außenverhältnis voll haftet, haftet er im Innenverhältnis nur quotenmäßig. In dem Umfang, wie es seiner Quote entspricht, hat der Arbeitnehmer den Schaden daher selbst zu tragen; im übrigen kann er ihn auf den Arbeitgeber abwälzen.

Dies geschieht, indem man dem Arbeitnehmer einen Freistellungsanspruch gegen den Arbeitgeber gewährt. Dieser Anspruch hat zum Inhalt, daß der Arbeitgeber den Arbeitnehmer insoweit von den aus der Schadenersatzpflicht resultierenden Verbindlichkeiten freistellt, wie es der auf den Arbeitgeber entfallenden Quote entspricht.

d. Regreß des Arbeitgebers

Der Dritte kann in aller Regel - statt den Arbeitnehmer als unmittelbaren Schädiger - in Anspruch zu nehmen, seine Ansprüche auch beim Arbeitgeber (als Vertragspartner des Dritten) durchsetzen. Damit in diesem Fall der Arbeitgeber ebenfalls nur mit der auf ihn entfallenden Quote belastet wird, hat der Arbeitgeber einen Regreßanspruch gegen den Arbeitnehmer in Höhe des auf den Arbeitnehmer entfallenden Teils der Schadenersatzpflicht.

Wirtschaftlich führt dies zum selben Ergebnis wie beim Freistellungsanspruch. Juristisch ist es gleichsam das Spiegelbild des Freistellungsanspruches.

C. Delegation ärztlicher Tätigkeit

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, alle medizinischen Maßnahmen selbst auszuführen. Er darf aber diese Aufgaben an seine Mitarbeiter delegieren.

1. Delegierbarkeit

Hierzu muß die Tätigkeit überhaupt delegierbar sein. Gesetzlich geregelte Fälle, in denen eine Delegation ausscheidet - wie etwa das Ausstellen von Todesbescheinigungen, die Geburtshilfe, Behandlung übertragbarer Erkrankungen -, spielen in der Diabetesberatung keine Rolle. Es ist aber anerkannt, daß über diese Fälle hinaus eine Delegation nur zulässig ist, wenn die Tätigkeit nicht speziell ärztliches Fachwissen erfordert. Ist die Tätigkeit so kompliziert oder so gefährlich, daß nur ein ausgebildeter Mediziner sie beherrscht, so darf sie nicht an einen Nicht-Arzt delegiert werden. Die Grenzen dieses Delegationsverbotes sind freilich unscharf. Auf die formale Qualifikation desjenigen, an den delegiert werden soll, kommt es nicht alleine an; entscheidend ist vielmehr, über welche Kenntnisse und Fähigkeiten derjenige tatsächlich verfügt. Wer größere Fachkenntnisse und bessere Fähigkeiten hat, kann entsprechend schwierigere Aufgaben übertragen bekommen.

So werden s.c.-Injektionen regelmäßig wenig gefährlich und handwerklich leicht durchzuführen sein, so daß i.d.R. eine Delegation dieser Injektionsart erfolgen kann. Soll dagegen ein stark wirkendes nebenwirkungsreiches Antiallergen s.c. injiziert werden, so scheidet eine Delegation an eine Diabetesberaterin i.d.R. aus, weil die hierfür erforderlichen Kenntnisse nicht vorliegen. Ebenso scheiden i.d.R. i.v.- oder i.a.-Injektionen aus, was aber anders zu bewerten sein kann, wenn die Diabetesberaterin z.B. eine Zweitqualifikation als Krankenschwester hat und daher über die erforderlichen Kenntnisse verfügt.

2. Ärztliche Weisung

Die Delegation bedarf der ärztlichen Anordnung, die aber nicht zwingend schriftlich erfolgen muß. Sie kann vielmehr auch mündlich oder formlos erfolgen, sollte aber auf jeden Fall dokumentiert werden. Erfolgen Anweisungen des Arztes mündlich oder gar telefonisch, so ist auf die Dokumentation besonderer Wert zu legen. Insbesondere muß mitdokumentiert werden, daß man sich durch wörtliche Wiederholung der Weisung vergewissert hat, daß ein Hörfehler vorliegt.

3. Übernahmebereitschaft / Einwilligung

Die Person, an die delegiert wird, muß zu der Übernahme der Aufgabe bereit sein. Zwar mag diese Person arbeitsrechtlich zur Übernahme der Aufgabe verpflichtet sein; fühlt sie sich aber der Aufgabe nicht gewachsen und lehnt die Durchführung daher ab, scheidet eine Delegation aus.

Schließlich muß der Patient mit der Delegation einverstanden sein. Ist er dies nicht, so muß der Arzt die Behandlung selbst durchführen, kann aber evtl. den Arztvertrag wegen mangelnder Mitwirkung des Patienten kündigen.

D. Dokumentation

1. Bedeutung der Dokumentation

Für Ärzte ist eine Pflicht zur Führung von Dokumentationen in der Berufsordnung festgelegt, so daß sie berufsrechtlich zur Dokumentation verpflichtet sind. Diabetesberaterinnen unterliegen dieser Berufspflicht aber nicht. Allerdings gilt auch für sie die Obliegenheit, Dokumentationen zu führen. Denn bei der Vielzahl der täglichen Beratungen kommt keine Diabetesberaterin ohne Aufzeichnungen aus, die als Gedächtnisstütze dienen. Neben der Funktion als Gedächtnisstütze ist die Dokumentation auch Grundlage für die Abrechnung der

Beratungs-Tätigkeiten. Schließlich und vor allem aber dient die Dokumentation als Beweismittel.

2. Dokumentation als Beweismittel

In einem zivilrechtlichen Schadenersatzprozeß muß grundsätzlich jede Partei diejenigen Umstände beweisen, die für sie günstig sind. Kann sie den Beweis nicht erbringen, besteht die Gefahr, den Prozeß allein deswegen zu verlieren. Für das Arztrecht ist aber in der Rechtsprechung eine wichtige Ausnahme von diesem Grundsatz anerkannt: Da der Patient praktisch nicht in der Lage ist, für Behandlungsfehler des Arztes Beweise zu sammeln, hat sich die Rechtsprechung für eine Beweislastumkehr entschieden, falls ein grober Behandlungsfehler vorliegt.

Dies bedeutet im Ergebnis (vereinfacht gesagt), daß nicht der Patient den Fehler des Arztes beweisen muß, sondern daß der Arzt beweisen muß, daß er fehlerfrei behandelt hat. Diese Grundsätze sind auch anwendbar, wenn nicht ein Arzt sondern eine Diabetesberaterin tätig geworden ist.

Kommt es zu einem Schadenersatzprozeß, weil der Patient eine Falschberatung der Diabetesberaterin behauptet, so muß die Diabetesberaterin nachweisen, daß sie den Patienten richtig und vollständig beraten hat. Hierzu kann sie sich in der Praxis nur auf die Dokumentation berufen. Diese kann die Diabetesberaterin als Beweismittel in einem Schadenersatzprozeß verwenden, um die kunstgerechte Ausführung ihrer Beratung zu beweisen.

3. Form und Inhalt der Dokumentation

Die Dokumentation ist schriftlich zu führen. Einmal gemachte Eintragungen dürfen dabei nicht mehr verändert werden. Jede nachträgliche Änderungen,

Durchstreichungen, Überschreibungen mit Tipp-Ex etc. erschüttern den Beweiswert der Dokumentation. Versehentliche falsche Eintragungen müssen als solche gekennzeichnet werden, die richtige Eintragung ist hinzuzusetzen, ähnlich wie bei einer Storno-Buchung auf Kontoauszügen.

Die Dokumentation muß zeitnah erfolgen. Niemand kann sich nach mehreren Stunden noch an Einzelheiten des Beratungsgespräches erinnern. Wird die Dokumentation nicht schon während der Beratung geführt - was sich z.B. bei der Dokumentation von Meßwerten empfehlen dürfte -, so ist sie unmittelbar nach dem Beratungsgespräch zu führen. Keinesfalls darf sie auf den "Feierabend" verschoben werden.

Aus den gleichen Gründen ist die Dokumentation auch grundsätzlich von demjenigen zu führen, der die dokumentierte Handlung durchgeführt hat.

Die Dokumentation erhält ihre Beweiskraft dadurch, daß der Dokumentierende für die Richtigkeit der Dokumentation einstehen muß. Daher ist es erforderlich, daß die Dokumentation vom Dokumentierenden abgezeichnet wird. Dies kann auch mit einem Handzeichen-Kürzel erfolgen, wenn eine Liste der zugelassenen Handzeichen geführt wird, aus der die vollen Namen ersichtlich sind.

Die Dokumentation muß vollständig sein. Was nicht dokumentiert wird, kann auch nicht durch die Dokumentation bewiesen werden, so daß die Diabetesberaterin insoweit ohne Beweismittel dastehen wird. Dabei ist besonderer Wert auf Genauigkeit zu legen. Allgemeine Floskeln ("Patient wurde beraten") sagen nichts über den tatsächlichen Inhalt der Beratung aus. Die Dokumentation muß so geführt werden, daß ein unabhängiger Dritter - z.B. ein gerichtlicher Sach-

verständiger - anhand der Dokumentation den Hergang der Beratung rekonstruieren kann.

Inhaltlich sind daher grundsätzlich nur Tatsachen zu dokumentieren. Wertungen ("Blutzucker o.k.") können der Dokumentation hinzugefügt werden, um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, reichen für sich alleine aber nicht aus. Kommt ein Patient alkoholisiert in die Sprechstunde oder ist sonst zweifelhaft, ob er der Beratung folgen kann, so sind die Umstände, die diese Zweifel begründen, in die Dokumentation aufzunehmen.

Je größer die Genauigkeit der Dokumentation, desto größer ist der Aufwand bei der Führung der Dokumentation. Es empfiehlt sich daher, die Beratungstätigkeit daraufhin zu prüfen, ob bestimmte Elemente der Beratung standardisiert werden können. Wenn ein solcher Beratungsstandard schriftlich festgelegt wird, kann in der Dokumentation auf solche Standards verwiesen werden, was den Dokumentationsaufwand im Einzelfall erheblich reduzieren kann, ohne daß die Dokumentationsqualität leidet.

Besondere Genauigkeit ist gefragt, wenn die Diabetesberaterin auf telefonische Weisung des Arztes tätig wird. Hier ist nicht nur zu dokumentieren, welchen Inhalt die ärztliche Weisung hat, sondern auch, daß die Weisung telefonisch übermittelt wurde und wie sich die Diabetesberaterin vergewissert hat, daß kein Mißverständnis aufgetreten ist. Hierzu empfiehlt es sich, die einzelnen ärztlichen Weisungen am Telefon wörtlich zu wiederholen und dieses Vorgehen zu dokumentieren.

4. EDV-Dokumentation

Die Dokumentation kann grundsätzlich auch per EDV geführt werden. Voraussetzung hierfür ist aber, daß

1. Eintragungen nicht nachträglich geändert werden können,
2. nur befugte Personen Zugriff auf die gespeicherten Daten haben und
3. jede Eintragung eindeutig einer bestimmten Person zugeordnet werden können.

Dokumentationen, die lediglich im Rahmen eines Textverarbeitungsprogramms erstellt werden, garantieren dies alles nicht, da die Textdateien jederzeit durch jede beliebige Person verändert und eingesehen werden können. Solche Texte können aber ausgedruckt und dann als schriftliche Dokumentation verwendet werden, indem die Ausdrücke von dem Dokumentierenden abgezeichnet werden. Bei einer EDV-Dokumentation ist besonders darauf zu achten, daß die Datensicherheit gewährleistet ist und die Daten auch nach längerer Zeit noch sicher zur Verfügung stehen.

5. Aufbewahrung

Die Dokumentationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Aufbewahrung hat daher so zu erfolgen, daß sichergestellt ist, daß unbefugte Dritte keinen Zugang haben. Die Dokumentationen sind daher in der Regel unter Verschuß zu halten. Insbesondere im Krankenhaus ist darauf zu achten, daß die Unterlagen für Besucher nicht zugänglich sind.

Die Dokumentation dient als Beweismittel im Gerichtsprozeß. Diese Prozesse können oftmals erst viele Jahre nach der Behandlung geführt werden, so daß eine langjährige Aufbewahrung erforderlich ist. Gesetzliche Vorschriften über die Aufbewahrungsfristen existieren nicht. Im Hinblick auf die für Alten- und

Pflegeheime geltende Aufbewahrungsfrist von fünf Jahren dürfte aber eine 5jährige Aufbewahrung das zeitliche Minimum darstellen.

E. Arbeitsrecht - Exkurs

Im Rahmen dieses Skriptes kann das Arbeitsrecht nicht umfassend dargestellt werden. Es ist daher eine Beschränkung auf einen Aspekt wichtig, der für Diabetesberaterinnen in der Ausbildung und kurz danach von Bedeutung ist. Es handelt sich um die Frage der Rückforderung von Ausbildungskosten durch den Arbeitgeber.

Wer als Arbeitnehmer eine berufliche Weiterbildung anstrebt, kann diese selbst zahlen und in der Freizeit durchführen. Oftmals aber übernimmt der Arbeitgeber die Lehrgangsgebühren und zahlt während einer Freistellung für die Teilnahme an Lehrgangsveranstaltungen das Gehalt weiter. In diesem Fall stellt sich die Frage, ob der Arbeitgeber diese Kosten erstattet verlangen kann, wenn der Arbeitnehmer nach Abschluß der Weiterbildung den Arbeitsplatz wechselt.

1. Grundsätzliche Zulässigkeit von Erstattungsvereinbarungen

Ist zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer über die Erstattung von Weiterbildungskosten nichts vereinbart, kommt eine Erstattung in der Regel nicht in Betracht. Allerdings lassen die Arbeitsgerichte Vereinbarungen zu, in den sich der Arbeitnehmer verpflichtet, die Weiterbildungskosten an den Arbeitgeber zu erstatten, wenn er innerhalb einer gewissen Karenzzeit den Arbeitgeber verläßt.

Voraussetzung ist zunächst, daß der Arbeitnehmer durch die Weiterbildung eine Qualifikation erwirbt, die seinen "Marktwert" am Arbeitsmarkt erhöht und die dem Arbeitgeber zugute kommt. Bei der Ausbildung zur Diabetesassistentin (DA) und zur Diabetesberaterin (DB) ist dies der Fall.

Zudem muß eine entsprechende Vereinbarung geschlossen werden. Aus Beweisgründen sind nur schriftliche Vereinbarungen praktisch. Die Vereinbarung kann einzelvertraglich im Arbeitsvertrag oder kollektivvertraglich im Tarifvertrag enthalten sein. Die gängigen Tarifverträge BAT und AVR enthalten solche Erstattungsklauseln. Der Arbeitgeber braucht auf die Erstattungsklauseln aus dem Tarifvertrag nicht gesondert hinzuweisen; insoweit trifft den Arbeitnehmer eine Pflicht zur eigenen Information. Ist ein Tarifvertrag nicht anwendbar - wie dies i.d.R. auf Arbeitsverträge mit niedergelassenen Ärzten zutrifft -, so kommt nur eine einzelvertragliche Regelung in Betracht.

Eine solche einzelvertragliche Regelung darf aber nur vereinbart werden, wenn der Arbeitnehmer vor Beginn der Weiterbildung noch angemessene Zeit eingeräumt bekommt, während der er überlegen kann, ob er unter der Bedingung der Erstattungsklausel an der Weiterbildung teilnehmen will. Dies bedeutet im Umkehrschluß, daß der Arbeitgeber die Vereinbarung einer Erstattungsklausel während einer laufenden Weiterbildung nicht verlangen kann. Setzt der Arbeitgeber den Arbeitnehmer während der laufenden Weiterbildung unter Druck, um den Abschluß einer Erstattungsvereinbarung zu erzwingen, kann eine solche Vereinbarung wegen Drohung angefochten werden (§ 123 BGB).

2. Dauer der Karenzzeit

Durch die Erstattungsklausel soll der Arbeitnehmer für eine Karenzzeit an den Arbeitgeber gebunden werden; für diesen amortisieren sich die Ausgaben für die Weiterbildung, indem er von den verbesserten Qualifikationen seines Mitarbeiters profitiert. Der Arbeitgeber hat daher ein Interesse an möglichst langen Karenzzeiten, während der Arbeitnehmer eher kurze Karenzzeiten bevorzugen wird.

Die Arbeitsgerichte lassen Karenzzeiten von bis zu fünf Jahren nach Abschluß der Weiterbildung zu. Allerdings werden so lange Karenzzeiten nur für besonders aufwendige Ausbildungen, die ein ganz besonderes Spezialwissen vermitteln, zugelassen. Für die Ausbildung zur DA oder zur DB kann dies nicht angenommen werden. Für solche Weiterbildungen, die eher durchschnittliches Wissen vermitteln, erkennen die Gerichte Karenzzeiten von bis zu drei Jahren als zulässig an. Dies entspricht auch den Regelungen aus BAT und AVR, die jeweils dreijährige Karenzzeiten vorsehen.

Wird eine unzulässig lange Karenzzeit vereinbart, so ist die Erstattungsklausel nicht insgesamt unwirksam. Vielmehr wird die unzulässig lange Karenzzeit dann auf die angemessene Karenzzeit von drei Jahren reduziert.

3. Höhe der Erstattungen

Der Arbeitgeber kann Erstattung der reinen Lehrgangsgebühren verlangen. Wurde der Arbeitnehmer unter Fortzahlung des Lohnes von der Arbeit freigestellt, so kann er auch Erstattung der Lohnaufwendungen verlangen, jedoch ohne Berücksichtigung der Sozialversicherungsbeiträge.

Wieviel von dieser Gesamtsumme der Arbeitnehmer zu erstatten hat, hängt davon ab, wann er den Arbeitgeber verläßt. Hierbei gilt, daß der Erstattungsbetrag mit der Zeit geringer wird, weil der Arbeitnehmer die Investitionen des Arbeitgebers in seine Qualifikation gleichsam "abarbeitet". In welchen Schritten die Erstattungssumme reduziert wird, ergibt sich aus der Erstattungsvereinbarung. Üblich ist es, pro Jahr der Betriebszugehörigkeit nach Abschluß der Weiterbildung 1/3 der Summe zu erlassen. Dem entspricht die Regelung des BAT. Zulässig - und für den Arbeitnehmer günstiger - ist eine kleinteiligere

Stückelung, z.B. durch Erlaß von 1/36 je zurückgelegtem Monat. Diese Regelung sehen die AVR vor. Nach Ablauf der Karenzzeit hat der Arbeitnehmer keine Kosten mehr zu erstatten.

4. Ausnahmen von der Erstattungspflicht

Der Arbeitnehmer braucht die Kosten nicht zu erstatten, wenn dies unangemessen wäre. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Arbeitgeber die höhere Qualifikation gar nicht umsetzt, indem er dem weitergebildeten Arbeitnehmer keine seiner jetzigen Qualifikation angemessene Arbeit zuweist. In Betracht kommen aber auch Fälle, in denen der Arbeitgeber die Auflösung des Arbeitsverhältnisses provoziert. Die Beweislast für einen solchen Fall der Unangemessenheit liegt beim Arbeitnehmer.

Will der Arbeitnehmer vor Ablauf der Karenzzeit den Arbeitsplatz wechseln, kann er mit dem Arbeitgeber in einer Auflösungsvereinbarung neben der Beendigung des Arbeitsvertrages auch regeln, ob und ggf. in welcher Höhe noch Weiterbildungskosten zu erstatten sind. Er sollte auch prüfen, ob der neue Arbeitgeber evtl. bereit ist, die Erstattung für den Arbeitnehmer zu übernehmen; eine solche Übernahme sollte aus Beweisgründen schriftlich vereinbart werden.

5. Verrechnung mit Lohnansprüchen

Hat der Arbeitnehmer Kosten zu erstatten, so kann der Arbeitgeber seine Erstattungsansprüche grundsätzlich mit noch offenem Lohn verrechnen. Er muß hierbei aber die Pfändungsfreigrenzen beachten, die sich nach Anzahl der unterhaltsberechtigten Angehörigen des Arbeitnehmers und nach der Höhe des Lohnes richten. Gegenwärtig sind 1.220 DM monatlich pfändungsfrei; von

dem übersteigenden Lohn kann nur ein Teilbetrag einbehalten werden. Die genaue Höhe ergibt sich aus der Zivilprozeßordnung (ZPO).

6. Fazit

Erstattungsklauseln sind grundsätzlich zulässig und üblich. Voraussetzung ist aber, daß sie vor der Weiterbildungsmaßnahme vereinbart wurden und eine höchstens dreijährige Karenzzeit enthalten. Mit fortschreitender Betriebszugehörigkeit sinkt der Erstattungsbetrag. Da die Kosten einer DA- oder DB-Ausbildung ohne weiteres 10.000 € erreichen oder gar überschreiten können, ist der Arbeitnehmer gut beraten, sich vor Beginn der Ausbildung über etwaige Erstattungsklauseln zu informieren, um vor unliebsamen Überraschungen beim Arbeitsplatzwechsel geschützt zu sein.

F. Schweigepflicht

Die Schweigepflicht der Diabetesberaterinnen ist abgeleitet von der ärztlichen Schweigepflicht. Es lohnt sich daher, zunächst die ärztliche Schweigepflicht genauer zu betrachten.

Die ärztliche Schweigepflicht ergibt sich aus drei Rechtsquellen: dem Strafrecht, dem ärztlichen Standesrecht und dem Arztvertrag. Die strafrechtlichen Vorschriften geben den Rahmen für die beiden anderen Rechtsquellen ab, so daß deren Voraussetzungen hier näher betrachtet werden müssen.

1. Geheimnis

Der strafrechtlichen Schweigepflicht des Arztes unterliegen alle Privatgeheimnisse, die dem Arzt im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit anvertraut oder sonst bekannt werden. Als Geheimnis ist dabei objektiv alles anzusehen, was nicht offenkundig - also jedermann bekannt - ist. In subjektiver Hinsicht muß

ein Geheimhaltungswillen des Betroffenen hinzukommen, das aber - wenn nicht offenbar etwas anderes vorliegt - unterstellt werden kann. Offenkundig ist das, was jedermann bekannt ist oder ohne weiteres bekannt werden kann. Ob jemand groß oder klein, unter- oder übergewichtig ist, ist demnach offenkundig. Nicht offenkundig ist dagegen die genaue Größe in cm oder das genaue Gewicht in kg; hierbei handelt es sich um Geheimnisse.

Als Geheimnis können daher ohne weiteres alle medizinischen Daten - Diagnose, Meßwerte etc. - angesehen werden. Aber auch die Tatsache der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe selbst ist ein Geheimnis, so daß bereits die Tatsache, daß jemand Patient eines Arztes ist, als Geheimnis zu werten ist. Auch der Name und die Anschrift unterfallen dem Geheimnisschutz.

Auch andere Umstände können der Schweigepflicht unterliegen, so etwa Angaben des Patienten über seine familiären oder beruflichen Verhältnisse. Ist der Diabetiker z.B. Kraftfahrer, so ist dieser Umstand, wenn er im Rahmen der Behandlung dem Arzt bekannt wird, ein Geheimnis.

Ist nicht sicher, ob eine Tatsache als Geheimnis einzustufen ist, sollte im Zweifelsfalle eher davon ausgegangen werden, daß es sich um ein Geheimnis handelt.

2. Befugnis zur Offenbarung

Die Geheimnisse dürfen nicht unbefugt offenbart werden. Eine Offenbarung ist immer dann gegeben, wenn das Geheimnis Dritten zugänglich gemacht wird.

Die Offenbarung des Geheimnisses ist aber dann erlaubt, wenn sie befugt erfolgt. Ob eine solche Befugnis vorliegt, richtet sich im wesentlichen danach, ob

für die Offenbarung ein Rechtfertigungsgrund vorliegt. In Betracht kommen hier vor allem die Einwilligung des Patienten sowie die mutmaßliche Einwilligung, aber auch Notstand.

a. Einwilligung

Willigt der Patient ausdrücklich in eine Offenbarung des Geheimnisses ein, so darf das Geheimnis offenbart werden. Die Erklärung des Patienten nennt man Schweigepflichtentbindung. Es ist aber streng darauf zu achten, daß die Offenbarung sich im Rahmen der erteilten Schweigepflichtentbindung hält. Wird der Arzt z.B. von der Schweigepflicht gegenüber einem Berufskollegen entbunden, so darf der Arzt nur dem Kollegen Auskunft erteilen, nicht aber anderen Personen, etwa der Krankenkasse. Die Schweigepflichtentbindung kann jederzeit widerrufen werden.

b. Mutmaßliche Einwilligung

Willigt der Patient nicht ausdrücklich in eine Offenbarung ein, so kann aber die mutmaßliche Einwilligung weiterhelfen. Hierbei stellt man sich die Frage, ob der Patient, wenn er denn gefragt würde, mit Sicherheit die Einwilligung in die Offenbarung erteilen würde. Ist dies der Fall, so kann das Geheimnis ebenso offenbart werden, als ob eine ausdrückliche Einwilligung vorläge.

Ein häufiger Anwendungsfall der mutmaßlichen Einwilligung ist z.B. die Behandlung im Krankenhaus. Hier kann unterstellt werden, daß der Patient von allen dort beschäftigten Ärzten und Pflegekräften bestmöglich behandelt werden will. Das setzt voraus, daß die medizinischen Erkenntnisse, die während der Behandlung gewonnen werden, an die anderen Mitarbeiter weitergereicht werden. Hiermit ist der Patient mit Sicherheit einverstanden, denn die umfassende Behandlung durch alle im Krankenhaus beschäftigten Personen wird in

der Regel gerade der Grund sein, weshalb er das Krankenhaus überhaupt aufgesucht hat.

Die Informationsweitergabe an Kollegen, die mit der Behandlung des Patienten gar nicht befaßt sind, wird dem Willen des Patienten dagegen nicht entsprechen, so daß hier keine mutmaßliche Einwilligung anzunehmen ist.

Eine Informationsweitergabe an Angehörige wird oftmals der Willen des Patienten entsprechen, muß dies aber nicht zwangsläufig. Man beachte: Die mutmaßliche Einwilligung kann nur weiterhelfen, wenn man sicher ist, daß der Patient zustimmen würde; Zweifel hieran führen dazu, daß eine Offenbarung nicht erlaubt ist. Gerade bei der Informationsweitergabe an Angehörige ist zu bedenken, daß die familiären Verhältnisse in der Regel nicht genau bekannt sind. Es wird daher in aller Regel nicht möglich sein, die Zustimmung des Patienten mit der erforderlichen Sicherheit anzunehmen, so daß eine Offenbarung an Angehörige nur im absoluten Ausnahmefall - genaue Kenntnis der familiären Verhältnisse - möglich erscheint. In der Diabetesberatung kommt hinzu, daß der Patient hier in der Regel in der Lage ist, seine Angehörigen selbst zu informieren, wenn er dies wünscht. Fälle, die in der Krankenhauspraxis immer wieder Schwierigkeiten machen - z.B. im Koma liegende Patienten - sind hier die Ausnahme. Neben den rechtlichen Bedenken gegen eine Informationsweitergabe an Angehörige fehlt hier daher in aller Regel auch das Bedürfnis hierfür. Im Ergebnis ist festzuhalten, daß daher eine Information der Angehörigen nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Patienten erfolgen sollte.

c. Notstand

Schließlich kann auch Notstand eine Befugnis zur Offenbarung begründen. Ist der Diabetiker z.B. bei stark schwankendem Blutzucker sehr schlecht einge-

stellt und stellt er daher eine Gefahr im Straßenverkehr dar, kann die Straßenverkehrsbehörde informiert werden, wenn der Patient sich dieser Gefahr gegenüber nachhaltig uneinsichtig zeigt. An den Notstand sind aber strenge Anforderungen zu stellen: Es muß eine Abwägung zwischen der Verschwiegenheit einerseits und dem durch die Offenbarung geschützten Rechtsgut andererseits erfolgen, bei der das geschützte Rechtsgut die Verschwiegenheit deutlich überwiegt. Bei der großen Bedeutung der Verschwiegenheit für die Ausübung des Arztberufes - welcher Patient würde nach umfassende Angaben machen, wenn er befürchten müßte, daß die Informationen sogleich an Dritte weitergegeben würden? - hat, kommt Notstand demnach nur in Betracht, wenn bedeutende Rechtsgüter Dritter unmittelbar bedroht sind und keine andere Abhilfe möglich ist.

So genügt es z.B. für eine Offenbarung des Diabetes gegenüber der Straßenverkehrsbehörde nicht, daß der Diabetiker schlecht eingestellt ist. Erst dann, wenn hieraus konkrete Gefahren drohen und der Patient sich beratungsresistent zeigt, kann eine Offenbarung erwogen werden. Die Abwägung ist stets sorgfältig vorzunehmen. Ist nicht sicher, ob eine konkrete Gefährdung von Rechtsgütern Dritter vorliegt, muß von der Informationsweitergabe abgesehen werden. In jedem Falle ist zudem Wert darauf zu legen, den Patienten umfassend über die Gefahren aufzuklären und ihn zu beraten; erst wenn der Patient sich dieser Beratung verschließt, kann Notstand überhaupt in Betracht gezogen werden. Im Hinblick auf die besondere Bedeutung der Verschwiegenheit für den Arztberuf kann Notstand die Informationsweitergabe daher nur in seltenen Ausnahmefällen rechtfertigen.

3. Pflicht zur Offenbarung?

Die Frage, ob eine Offenbarung erlaubt ist, klärt noch nicht die Frage, ob eine Informationsweitergabe geboten ist. Auch dann, wenn der Arzt zur Offenbarung befugt ist, bedeutet dies nicht, daß er auch zu einer Informationsweitergabe verpflichtet ist. Eine solche Offenbarungspflicht ergibt sich tatsächlich nur dann, wenn schwere Verbrechen geplant sind und der Arzt die Ausführung des Verbrechens durch die Offenbarung noch verhindern kann. Bei bereits geschehenen Straftaten besteht grundsätzlich keine Offenbarungspflicht, auch wenn es sich um Verbrechen handelt. Hier ist eine Güterabwägung vorzunehmen, die dem Arzt ggf. gestattet, in Fällen schwerer, bereits begangener Verbrechen, die Informationen weiterzugeben; eine Offenbarungspflicht folgt hieraus jedoch nicht. Ebenso fehlt es an der Offenbarungspflicht, wenn lediglich Vergehen geplant sind. Beabsichtigt der Diabetiker z.B., Auto zu fahren, obwohl er hierzu wegen des schlecht eingestellten Blutzuckers eigentlich nicht in der Lage ist, so wird der Arzt die Straßenverkehrsbehörde zwar i.d.R. informieren dürfen, er ist hierzu jedoch nicht verpflichtet.

4. Schweigepflicht der Diabetesberaterin

Diese Grundsätze, die für den Arzt gelten, sind sinngemäß auch auf die Diabetesberaterinnen anzuwenden, denn sie sind berufsmäßig tätige Gehilfen des Arztes und unterliegen als solche derselben Schweigepflicht wie der Arzt. Hieraus ergibt sich u.a.: Ist der Arzt von der Schweigepflicht entbunden, so gilt dies auch für die Diabetesberaterin.

Vertraut der Patient der Diabetesberaterin Tatsachen an, von denen er aber will, daß sie auch gegenüber dem Arzt geheimgehalten werden, so ist die Diabetesberaterin grundsätzlich an diese Beschränkung gebunden, so daß eine Informationsweitergabe an den Arzt an sich ausscheidet. Da der anvertraute Um-

stand dann aber auch nicht dokumentiert werden dürfte - da ansonsten der Arzt über die Dokumentation Kenntnis erlangen könnte -, wird eine sinnvolle Behandlung des Patienten mit diesem Ansinnen vereitelt. Ist der Patient auch durch eine diesbezügliche Beratung nicht von seinem Geheimhaltungswunsch abzubringen, ist es sinnvoll, den Behandlungsvertrag zu kündigen und sich von diesem Patienten zu trennen.

G. Datenschutz

1. Bedeutung des Datenschutzes

In Krankenhäusern und Arztpraxen werden über die Patienten große Mengen an brisanten Daten erhoben und gespeichert. Der Patient hat ein rechtlich geschütztes Interesse daran, daß diese Daten nicht allgemein bekannt werden. Das Bundesverfassungsgericht hat im Volkszählungsurteil dieses Interesse durch das Recht auf informationelle Selbstbestimmung anerkannt.

Hiernach dürfen personenbezogene Daten nur zu bestimmten Zwecken erhoben, gespeichert, verarbeitet und verbreitet werden. Insbesondere der Patient erhält damit das Recht, über das Schicksal seiner Daten informiert zu werden und hierüber zu bestimmen. Dieses Grundrecht wird abgesichert durch die standesrechtliche Pflicht der Ärzte zur Verschwiegenheit sowie durch strafrechtliche Vorschriften.

2. Schutzbereich

Die Pflicht zur Verschwiegenheit und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung betreffen alle Daten, die im Rahmen des Arzt-Patienten-Verhältnisses erhoben werden. Hierzu gehören vor allem alle Befunde und Therapieentscheidungen, insbesondere also die Diagnose, die Therapieauswahl und Therapieüberwachung sowie die Medikation.

So unterliegt die Tatsache, daß ein Patient an Diabetes leidet, ebenso der Schweigepflicht und dem Datenschutz wie die Art der Behandlung oder der Behandlungserfolg. Ob und ggf. welche Medikamente verordnet werden, unterfällt dem Schutzbereich des Geheimnisschutzes ebenso wie die Anordnung einer Diät. Auch die Tatsache, daß ein Patient überhaupt einen bestimmten Arzt oder eine bestimmte Diabetesberaterin in Anspruch nimmt, unterliegt der Schweigepflicht. Auch Informationen über die familiären Verhältnisse müssen geheim gehalten werden.

Schweigepflichtig sind neben dem Arzt alle ärztlichen Gehilfen, also insbesondere die Diabetesassistentinnen und -beraterinnen.

3. Dokumentationen

Über die Behandlung sind Dokumentationen zu führen. Sie enthalten daher notwendigerweise alle wesentlichen Daten über den Patienten und unterliegen daher ebenfalls der Verschwiegenheitspflicht.

Bei der Aufbewahrung der Patientenakten ist daher darauf zu achten, daß Unbefugte keine Einsicht nehmen können. Es ist also wichtig, keine Patientenakten im Behandlungszimmer oder an anderer Stelle offen liegen zu lassen. Bevor der nächste Patient behandelt wird, müssen die Akten der vorangehenden Patienten weggeräumt werden. Die Akten sind dann so aufzubewahren, daß Unbefugte keinen Zugang haben, also möglichst verschlossen.

Patientenakten sollten auch nicht aus dem Krankenhaus bzw. der Arztpraxis entfernt werden. Es ist dringend davon abzuraten, Akten beispielsweise mit

nach Hause zu nehmen. Eine Ausnahme stellen natürlich Hausbesuche beim Patienten dar.

Wird die Dokumentation EDV-gestützt durchgeführt, ist darauf zu achten, daß die Datensätze nicht von Unbefugten abgerufen werden können. Die Daten müssen daher paßwortgeschützt gespeichert werden. Bei Internetpräsenz des Krankenhauses bzw. der Arztpraxis muß dafür Sorge getragen werden, daß Hacker keinen Zugriff auf die gespeicherten Daten erhalten können; ideal ist eine technische Trennung der Rechner, auf denen die Daten gespeichert sind, von den Rechnern, die Internetzugang haben.

Nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist können Patientenakten vernichtet werden. Es genügt aber nicht, die Akten einfach in den Papierkorb zu werfen, vielmehr müssen die Akten geschreddert werden. Dies gilt auch für Aufkleber, Notizzettel, Anforderungen von Untersuchungsergebnissen etc. Bei EDV-gestützter Dokumentation muß darauf geachtet werden, daß Festplatten nur dann an Dritte abgegeben werden, wenn die Daten physikalisch gelöscht wurden.

4. Auskünfte

Auskünfte über die den Patienten betreffenden Geheimnisse dürfen nur mit dessen Einwilligung erteilt werden. Grundsätzlich wird man annehmen können, daß der Patient einer Weitergabe nicht zustimmt. Auch gegenüber nahen Angehörigen besteht daher grundsätzlich Schweigepflicht. Zwar kann sich aus dem Umständen ergeben, daß der Patient mit einer Information naher Angehöriger einverstanden ist, dieses Einverständnis kann aber nicht vorausgesetzt werden. In Zweifelsfällen muß der Patient um Erlaubnis gefragt werden; ist

diese nicht zu erhalten, muß von einer Auskunft Abstand genommen werden. Dies gilt grundsätzlich auch bei Hinzuziehung von Konsiliar-Ärzten.

Bei minderjährigen Patienten haben die Eltern als Erziehungsberechtigte ein Auskunftsrecht. Bei Jugendlichen ist aber stets zu prüfen, ob diese nicht bereits selbst die notwendige Einsichtsfähigkeit haben, so daß die Entscheidung über die Behandlung des Diabetes und damit auch die Entscheidung über den Umgang mit den personenbezogenen Daten auf den Patienten selbst übergeht.

Telefonische Auskünfte sind nur mit größter Zurückhaltung zulässig, da die Identität des Anrufers regelmäßig nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann. Auch Auskünfte per Fax oder per Email sollten unterbleiben, weil bei diesen offenen Versandarten nicht sichergestellt werden kann, daß Unbefugte keinen Zugriff auf die Daten haben.

Die Schweigepflicht gilt auch gegenüber Kollegen. Gespräche über Patienten, die keinen strengen Bezug zur Behandlung haben, sollten daher unterbleiben. Schließlich gilt die Schweigepflicht auch gegenüber Behörden. Nur in Fällen einer gesetzlich geregelten Auskunftspflicht geht diese der Schweigepflicht vor. Daß der Patient Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten begangen hat, rechtfertigt eine Anzeige unter Bruch der Schweigepflicht in der Regel nicht. Auch Anzeigen an das Straßenverkehrsamt wegen diabetesbedingter Fahruntüchtigkeit sind in der Regel nicht zulässig.

5. Anonymisierung

Die Schweigepflicht wird nicht verletzt, wenn die Angaben so anonymisiert werden, daß Dritte nicht schlußfolgern können, wer der Patient sein könnte. Hierbei ist aber Vorsicht geboten: Prominente Patienten oder Patienten mit

seltenen Krankheitsbildern werden von Dritten oftmals auch dann wiedererkannt, wenn man sich bemüht, möglichst wenige Informationen weiterzugeben. Zudem ist gerade in kleineren Orten zu bedenken, daß "jeder jeden kennt" und Anonymisierungen daher rein praktisch oft gar nicht funktionieren. Im Zweifelsfall sollte man von einer Offenbarung von Geheimnissen Abstand nehmen, auch wenn man meint, alles für die Anonymisierung erforderliche getan zu haben.

6. Fazit

Das informationelle Selbstbestimmungsrecht umfaßt insbesondere alle Patientendaten. Es ist stets darauf zu achten, daß diese Daten Unbefugten nicht zugänglich gemacht werden. Hierzu gehört ein sorgfältiger Umgang mit den Patientendaten und -akten. Auskünfte dürfen nur mit Erlaubnis des Patienten erteilt werden. In Zweifelsfällen ist Zurückhaltung angebracht.

H. Diabetes und Führerschein

Viele Diabetiker sind Inhaber einer Fahrerlaubnis für Kraftfahrzeuge. In der Beratungspraxis stellen sich daher oftmals zwei Fragen:

1. Wie wirkt sich die Diabetes-Erkrankung auf die Fahrerlaubnis aus?
2. Darf bzw. muß der Patient oder die Diabetesberaterin das Straßenverkehrsamt informieren?

1. Begriffe

Vorab müssen die Begriffe "Fahrerlaubnis" und "Führerschein" erläutert und auseinandergehalten werden.

Die Fahrerlaubnis ist die Erlaubnis, im öffentlichen Straßenverkehr Kraftfahrzeuge zu führen. Die Fahrerlaubnis wird jeweils für bestimmte Fahrzeugklas-

sen erteilt. Die Klassen werden im Hinblick auf die körperliche Eignung des Fahrerlaubnis-Inhabers in zwei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe umfaßt die Klassen A, A1, B, BE, M, L und T; diese betreffen im wesentlichen Kraftträder und Pkw. Die zweite Gruppe umfaßt die Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE und D1E; diese betreffen Lkw und Busse. In die zweite Gruppe gehört auch die gewerbliche Fahrgastbeförderung (FzF), z.B. durch Taxis.

Der Führerschein ist dasjenige Dokument, durch das nachgewiesen wird, daß der Fahrzeugführer über eine Fahrerlaubnis verfügt. Der Führerschein ist also gleichsam der im Fahrzeug mitgeführte Beweis für das Vorhandensein einer Fahrerlaubnis. Wird die Fahrerlaubnis entzogen, so muß der Führerschein abgegeben werden. Will man nach Entzug der Fahrerlaubnis erneut Kraftfahrzeuge führen, muß die Fahrerlaubnis neu beantragt werden; oftmals ist dann zuvor ein medizinisch-psychologisches Gutachten (sog. Idiotentest) erforderlich.

Daneben gibt es auch Fälle, in denen ein Fahrverbot ausgesprochen wird, ohne daß zugleich die Fahrerlaubnis entzogen wird, z.B. bei erheblicher Geschwindigkeitsüberschreitung. In diesen Fällen muß zwar für die Dauer des Fahrverbotes der Führerschein abgegeben werden; die Fahrerlaubnis bleibt aber grundsätzlich erhalten, so daß man nach Ablauf des Fahrverbotes den Führerschein zurückerhält.

2. Fahrerlaubnis bei Diabetikern

Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die körperlichen und geistigen Anforderungen an einen Kraftfahrer erfüllen, § 11 Abs. 1 Satz 1 FeV. Bewerber der Fahrerlaubnis-Klassen D und D1 müssen zudem die Gewähr dafür bieten, die besondere Verantwortung bei der Fahrgastbeförderung zu erfüllen, § 11 Abs. 1 Satz 4 FeV; gleiches gilt für die gewerbliche Fahrgastbeförderung. Diese An-

forderungen gelten nicht nur für den Fahrerlaubnis-Bewerber; auch der Inhaber der Fahrerlaubnis muß diesen körperlichen und geistigen Anforderungen gerecht werden. Erweist sich der Fahrerlaubnis-Inhaber als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen, so muß ihm die Straßenverkehrsbehörde die Fahrerlaubnis entziehen, § 46 Abs. 1 Satz 1 FeV. Diese Ungeeignetheit kann sich insbesondere aus einer Erkrankung ergeben, § 46 Abs. 1 Satz 2 FeV.

In der Anlage 4 zur FeV sind einige häufige Erkrankungen aufgeführt, die eine Beeinträchtigung der körperlichen Geeignetheit des Fahrerlaubnis-Inhabers befürchten lassen können. Auch die Diabetes-Erkrankung ist hier unter Ziff. 5 genannt. Je nach Fahrerlaubnis-Klasse und Umfang der Erkrankung sieht Ziff. 5 der Anlage 4 zur FeV unterschiedliche Folgen vor. Die nachfolgende Tabelle gibt insoweit einen Überblick:

	Klassen A, A1, B, BE, M, L, T	Klassen C, C1, CE, CE1, D, D1, DE, D1E, FzF
5.1 Neigung zu schweren Stoffwechselentgleisungen	keine Eignung	keine Eignung
5.2 erstmalige Stoffwechselentgleisung / neue Einstellung	nach Einstellung: Eignung ja	nach Einstellung: Eignung ja
5.3 ausgeglichene Stoffwechsellage unter Therapie mit Diät oder oralen Antidiabetika	Eignung ja	Eignung ausnahmsweise ja bei guter Stoffwechselführung ohne Unterzuckerung über etwa 3 Monate; Auflage (Nachuntersuchung) kann angeordnet werden
5.4 mit Insulin behandelte Diabetiker	Eignung ja	Eignung ausnahmsweise ja bei guter Stoffwechselführung ohne Unterzuckerung über etwa 3 Monate; Auflage (Nach-

		untersuchung oder regelmäßige Kontrollen) kann angeordnet werden
5.5 Komplikationen (z.B. Retinopathie, Nephropathia diabetica, kardiale oder cerebrale Angiopathien, Hypotonie, periphere Neuropathie etc.)	je nach Art und Schwere der Komplikationen, insbesondere bei Sehstörungen, Herz- u. Gefäßkrankheiten, Krankheiten des Nervensystems oder Nierenerkrankungen	

Im Ergebnis läßt sich daher feststellen: Fahrerlaubnis-Inhaber der ersten Fahrerlaubnis-Gruppe dürfen trotz Diabetes im wesentlichen ohne Einschränkung Kraftfahrzeuge führen; lediglich bei einer Neigung zu schweren Stoffwechselentgleisungen liegt keine Eignung vor.

Bei Fahrerlaubnis-Inhabern der zweiten Fahrerlaubnis-Gruppe sieht dies anders aus: Hier kommt auch dann, wenn keine Neigung zu schweren Stoffwechselentgleisungen vorliegt, eine Eignung nur ausnahmsweise in Betracht. In der Praxis bedeutet dies, daß Fahrerlaubnis-Inhaber der zweiten Fahrerlaubnis-Gruppe ihre Eignung durch ein ärztliches Gutachten positiv nachweisen müssen. Die Straßenverkehrsbehörde kann zudem Auflagen erteilen, insbesondere können Nachuntersuchungen bzw. regelmäßige Kontrollen angeordnet werden.

Liegen Komplikationen vor, so kann es sein, daß neben der Diabetes auch andere Krankheitsbilder auftreten, die die Eignung des Fahrerlaubnis-Inhabers in Frage stellen können. In diesen Fällen sind die für diese Erkrankungen geltenden weiteren Anordnungen aus Anlage 4 zur FeV zu beachten.

3. Beratung durch die Diabetesberaterin

Auch wenn die Diabetes-Erkrankung in den meisten Fällen nicht zum Verlust der Fahrerlaubnis führt, stellt die Erkrankung doch zumindest eine potentielle Gefahr dar. Es gehört daher zu den Beratungsaufgaben der Diabetesberaterinnen, die Patienten auf die mit dem Diabetes verbundenen Gefahren im Straßenverkehr aufmerksam zu machen. Die Patienten sollten insbesondere darüber beraten werden, daß Stoffwechselentgleisungen ihrer Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen können. Insbesondere denjenigen Patienten, die bekanntermaßen zu solchen Stoffwechselentgleisungen neigen oder die gerade neu eingestellt werden, sollten diese Gefahren besonders deutlich vermittelt werden. Den Patienten könnten z.B. folgende Hinweise gegeben werden:

- Verdacht auf Unterzuckerung vor Fahrtantritt: Fahrt nicht antreten
- Verdacht auf Unterzuckerung während der Fahrt: Fahrt unterbrechen
- Tagesverteilung von Mahlzeiten und Insulingaben auch auf Fahrten einhalten
- Umfang der Mahlzeiten und Dosierung von Insulin auch auf Fahrten einhalten
- regelmäßige Messung und Dokumentation der Blutzuckerwerte
- häufige Pausen mit Blutzuckerkontrolle und ggf. Kohlehydratzufuhr
- Vermeiden von Nachtfahrten
- regelmäßige Kontrolle des Gesundheitszustandes, insbesondere der Sehkraft
- Mitführen von Meßgeräten, Insulin und Kohlehydraten

Die Beratung des Patienten über diese Punkte und der Inhalt der Beratung sollten zweckmäßigerweise in der Patientenakte dokumentiert werden. Man

kann sich - um dem Patienten die Bedeutung dieser Beratung vor Augen zu führen - die Dokumentation auch vom Patienten gegenzeichnen lassen.

4. Mitteilungen an die Straßenverkehrsbehörde

Zunächst stellt sich die Frage: Muß der Diabetiker selbst die Straßenverkehrsbehörde über seine Erkrankung informieren? Hier ist zu unterscheiden: Fragt die Behörde - etwa im Antrag auf Erteilung der Fahrerlaubnis - gezielt nach Diabetes, so muß die Erkrankung angegeben werden. Fragt die Behörde dagegen nicht gezielt nach Diabetes, so muß der Diabetiker seine Erkrankung nicht von sich aus angeben; dies gilt auch für den Fahrerlaubnis-Inhaber, der erst später Diabetiker wird.

Für die Diabetesberaterinnen stellt sich aber vor allem die Frage: Darf bzw. muß die Diabetesberaterin die Straßenverkehrsbehörde über Diabetiker informieren? Hier ist zunächst zu untersuchen, ob eine solche Information überhaupt erfolgen darf. Hierbei gelten die obigen Ausführungen zur Schweigepflicht, die hier aber zum Thema "Führerschein" nochmals vertieft werden sollen:

Die Diabetesberaterinnen unterliegen als berufsmäßig tätige Gehilfen des Arztes der ärztlichen Schweigepflicht, § 203 StGB. Diese Schweigepflicht darf durchbrochen werden, wenn der Patient darin einwilligt. Wegen des grundsätzlich drohenden Entzuges der Fahrerlaubnis wird aber kaum ein Patient in eine Information des Straßenverkehrsamtes einwilligen; man wird insoweit auch nicht von einer mutmaßlichen Einwilligung ausgehen dürfen.

Es ist allerdings anerkannt, daß auch der Rechtfertigungsgrund des Notstandes, § 34 StGB, eine Durchbrechung der Schweigepflicht rechtfertigen kann, wenn

eine Güterabwägung ergibt, daß das hierdurch geschützte Rechtsgut das Rechtsgut der Verschwiegenheit wesentlich überwiegt. Dies kann durchaus auch aus der Erwägung abgeleitet werden, daß ein Diabetiker für den Straßenverkehr eine Gefahr darstellen kann. Der Bundesgerichtshof hat bereits 1968 ausgeführt, daß der Patient zunächst über die mit seiner Krankheit verbundenen Gefahren informiert werden muß; "bleibt das Zureden des Arztes aber vergeblich oder ist es wegen der Uneinsichtigkeit des Patienten von vornherein zwecklos, so darf der Arzt, um eine akute Gefährdung der Allgemeinheit zu verhindern, die Verkehrsbehörde benachrichtigen." (BGH NJW 1968, 2289, 2290)

Hiernach ist eine Information der Straßenverkehrsbehörde an die Voraussetzungen geknüpft, daß

1. der Patient uneinsichtig ist und die Beratung des Patienten zur Gefahrenabwehr nicht ausreicht und
2. eine akute Gefährdung der Allgemeinheit zu besorgen ist.

Insbesondere die zweite Voraussetzung liegt nicht automatisch vor, wenn die Diagnose "Diabetes" gestellt wird. Nicht jeder Diabetiker darf also automatisch der Straßenverkehrsbehörde angezeigt werden. Lediglich in den Fällen schwerer Stoffwechselentgleisungen dürfte diese Voraussetzung gegeben sein.

Daß die Diabetesberaterin die Straßenverkehrsbehörde in manchen Fällen informieren *darf*, heißt nicht, daß sie die Behörde auch informieren *muß*. Eine gesetzliche Anzeigepflicht, etwa nach dem Infektionsschutzgesetz oder nach § 138 StGB (Anzeige geplanter und noch verhinderbarer Verbrechen), besteht nicht. Ob die Behörde informiert wird, stellt damit letztlich eine Gewissensentscheidung der Diabetesberaterin dar. Für die angestellten Diabetesberaterinnen

empfiehlt es sich zudem zu klären, ob die Information der Behörde durch sie selbst erfolgen soll oder durch den Arzt; letzteres ist sicherlich vorzuziehen.

5. Fazit

Diabetes führt nur bei schweren Stoffwechselentgleisungen sowie bei Fahrerlaubnis der zweiten Gruppe zu Problemen mit der Fahrerlaubnis. Auch bei einer Fahrerlaubnis der zweiten Gruppe kann die Eignung aber durch ein ärztliches Gutachten positiv nachgewiesen werden.

Die Diabetesberaterin sollte den Patienten über die Gefahren des Diabetes für den Straßenverkehr aufklären und dies dokumentieren. Ist der Patient uneinsichtig und ist eine akute Gefährdung der Allgemeinheit zu besorgen, so darf die Straßenverkehrsbehörde informiert werden. Eine Informationspflicht gegenüber der Straßenverkehrsbehörde besteht aber nicht.